CONTRIBUTION A L'ÉTUDE N° 16

DE LA

NÉPHRITE VARIOLEUSE

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 1er MARS 1887

PAR

Odilon ARNAUD

Né à Belgentier (Var)

ANCIEN EXTERNE ET INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE
LAURÉAT DU COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES
20, Rue Durand et Rue Levat, 2

1887

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0143

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✻).
Physique médicale	MOITESSIER (✻).
Médecine légale et Toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et Gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Opérations et Appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie (Chargé du Cours)	CARRIEU.
Anatomie (Chargé du Cours)	BIMAR.
Thérapeutique et Matière médicale (Chargé du Cours)	MOSSÉ (✻).

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Professeurs honoraires : MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✻).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MESSIEURS	MESSIEURS
CARRIEU.	VILLE
MAIRET.	GRANEL.
BIMAR.	FORGUE.
MOSSE (✻).	TRUC.
REGIMBEAU (✻).	GERBAUD.
BLAISE	GILIS.
BAUMEL.	MALOSSE.

M. H. GOT, *Secrétaire.*
M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CASTAN	*Président.*
CARRIEU	*Agrégé, Ch. de cours*
BLAISE BAUMEL	*Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

O. ARNAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur CASTAN

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A M. FRILLEY

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DU XVI^{e} CORPS D'ARMÉE

A M. KIENER

MÉDECIN-CHEF DE L'HOPITAL MILITAIRE DE MONTPELLIER

O. ARNAUD.

INTRODUCTION

Pendant l'épidémie de variole qui sévit à Marseille à la fin de l'année 1885 et pendant les dix premiers mois de l'année 1886, nous fûmes à deux reprises différentes attaché comme interne à un service de varioleux. Durant cette période, quinze cents varioleux environ furent apportés à l'hôpital de la Conception ; cette longue série de malades donna lieu à un grand nombre d'observations intéressantes ; parmi celles-ci, et occupant peut-être le premier rang, fut la néphrite varioleuse.

Lorsque nous observâmes le premier fait de cette nature, nous étions dans le service de M. le Dr Léon d'Astros, médecin des hôpitaux. Notre cher Maître, nous faisant remarquer combien rare était cette complication rénale dans la variole, nous engagea à faire quelques recherches sur ce sujet ; nous pûmes ainsi observer, du 1er janvier à fin mai 1886, trois cas de néphrite sur un total de deux cents varioleux (1).

(1) V. Marseille méd., juillet-août 1886.

Chargé de nouveau dès le 1er juillet du même service, sous la haute direction de M. le Dr Coste, médecin des hôpitaux, nous eûmes l'occasion d'observer de nouveaux faits.

C'est cet ensemble d'observations que nous avons résolu de prendre comme base de notre Thèse inaugurale.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre gratitude la plus vive à MM. les docteurs Léon d'Astros et Maurice Coste, médecins des hôpitaux, dont les conseils bienveillants ne nous ont jamais fait défaut.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur Castan de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

M. le professeur Carrieu nous a témoigné la plus grande sympathie ; nous lui en exprimons toute notre reconnaissance.

Son habile préparateur, M. Guibert, a bien voulu mettre à notre disposition son remarquable talent de dessinateur ; nous l'en remercions vivement.

Merci également à notre excellent ami Ménard, pour son amabilité.

Nous diviserons notre travail en deux chapitres :

Le premier comprendra :

1° État de la question, historique ;

2° Fréquence ;

3° Age, sexe, vaccination ;

4° Pathogénie ;

5° Anatomie pathologique.

Dans le second, après avoir exposé nos observations, nous étudierons successivement :

1° Les symptômes ;

2° Le diagnostic ;

3° Le pronostic ;

4° Le traitement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉPHRITE VARIOLEUSE

CHAPITRE PREMIER

§ Ier . — ÉTAT DE LA QUESTION. — HISTORIQUE

La présence de l'albumine dans les urines des varioleux avait été notée depuis longtemps. Abeille, Martin-Solon, Becquerel, etc., l'avaient signalée. Mais ce n'est que dans ces dernières années que l'on a établi nettement la distinction entre l'albuminurie de la période d'éruption et l'albuminurie de la période de desquamation de la variole. La plupart des auteurs s'étaient plu en effet à étudier, sous le titre «d'Albuminurie dans la variole », la présence de l'albumine aux diverses phases de cette maladie, les uns refusant de reconnaître une lésion rénale comme en étant la cause, les autres, au contraire, attribuant à une néphrite, plus ou moins identique dans les deux cas, l'albumine des deux périodes. C'est là, croyons-nous, une vue trop absolue.

En effet, il est très important de distinguer l'albuminurie que l'on observe à la période aiguë de la variole de la néphrite albumineuse qui se montre à la période de desquamation. Avec Rayer, Jaccoud, Lécorché, etc., donnant au mot albuminurie une signification plus restreinte, nous pensons qu'il ne doit signifier néphrite que s'il existe en même temps les autres symptômes du mal de Bright.

Tandis que l'albumine que l'on observe si fréquemment dans la variole, à la période aiguë, comme dans les fièvres graves d'ailleurs, érysipèle, pneumonie, rhumatisme, etc., est un symptôme transitoire dû à l'altération profonde du sang, sa présence dans les urines de la période de desquamation s'accompagne de phénomènes généraux graves, tels que anasarque, dyspnée urémique, troubles de la vue, etc.

Tandis que l'albuminurie de la phase éruptive est un symptôme banal, fréquent et sans effet sur le pronostic, l'albuminurie de la période de dessiccation est un accident très rare, une véritable complication, qui exige des soins immédiats et particuliers.

De plus, des caractères physiques distinguent l'albumine dans les deux cas : dans la période aiguë, elle se traduit par un simple louche, un trouble léger ; dans la période de desquamation, l'albumine se précipite en gros flocons brunâtres, rétractiles. « Les albumines rétractiles, dit Ch. Bouchard (1), sont les albumines de toutes les néphrites, des congestions, des hémorrhagies et des inflammations des voies urinaires. Les albumines non rétractiles s'observent dans certains cas de maladies à hyperthermie (érysipèle, pneumonie, pleurésie, etc.). » L'albumine rétractile, celle précisément que nous n'observons que dans la convalescence de la variole, entraîne donc l'idée de lésion rénale ; l'albumine non rétractile correspond à

(1) In Revue de médecine, p. 671. 1881.

un vice d'élaboration de la matière azotée, qui n'est pas retenue par le filtre normal. « En résumé, l'albumine rétractile est l'albumine des néphrites ; l'albumine non rétractile est l'albumine des dyscrasies. »

Un autre caractère, dû aussi aux savantes recherches de Ch. Bouchard, est la présence de bactéries dans les urines à albumine rétractile, et leur absence dans les urines à albumine non rétractile. Malheureusement pour le sujet qui nous occupe, nous n'avons pu, par suite de circonstances défavorables multiples, analyser microscopiquement les urines à ce point de vue ; mais nous demeurons convaincu que la présence des bactéries est constante dans les urines des varioleux atteints de néphrite.

Concluons donc qu'il n'existe qu'une albuminurie vraie dans la variole, c'est-à-dire liée à une lésion rénale, néphrite s'observant dans la période de desquamation de cette maladie.

Ces préliminaires nécessaires posés, passons rapidement en revue les auteurs qui se sont occupés de cette question : Jaccoud, dans sa thèse d'agrégation (1), en 1860, disait : « Non seulement cette complication n'est point signalée dans la plupart des traités classiques, non seulement ceux qui en parlent ont soin de la noter comme une exception rare, mais les auteurs qui ont fait de l'albuminurie temporaire une étude spéciale ne signalent point la variole parmi ses causes ; les médecins qui ont observé depuis quelques années des épidémies de cette fièvre éruptive ne mentionnent point l'urine coagulable. »

Pour Trousseau, au contraire, l'albuminurie dans la variole était chose fréquente, surtout dans la période aiguë ; celle observée pendant la dessiccation était due, pour lui, à une lésion rénale développée au début de la maladie et passée inaperçue.

(1) Conditions pathogéniques de l'albuminurie. (Th. d'agrég. 1860.)

Il faut arriver aux travaux de Cartaz (1), pour trouver une étude assez complète sur ce sujet.

Depuis cette époque, Huchard (2), Bourru (3), ont apporté quelques nouvelles observations; Gemmel (4), surtout, dans la relation d'une épidémie qui lui permit de traiter 1,058 varioleux, constata 20 cas d'albuminurie dans la période de dessiccation.

Barthélemy (5) cite une observation très intéressante de néphrite varioleuse.

Leudet (6) apporte de nouveaux faits.

Couillault (7) dit : « L'albuminurie de la convalescence est une complication rare ; on ne la rencontre qu'après les varioles confluentes ou très cohérentes. Elle est symptomatique d'une néphrite aiguë, dont elle reproduit tous les caractères cliniques. »

Bartels (8), à propos de l'étiologie de la néphrite parenchymateuse aiguë, cite la variole comme pouvant la produire, tout comme la scarlatine.

Enfin, P. Bourgin (9), dans un récent travail, donne des observations d'albuminurie des phases aiguë et terminale de la variole ; mais il a le grand tort, suivant nous, de conclure que dans les deux cas, albuminurie de la période d'éruption et albuminurie de la période de desquamation, la présence de l'albuminurie est due à une lésion rénale identique, un œdème

(1) Lyon médical. 1871.
(2) Etude sur les causes de la mort dans la variole. (Th. de Paris, 1872.)
(3) Thèse de Paris, 1874.
(4) The Glascow medical, 1874.
(5) De la variole. (Th. de Paris, 1880.)
(6) Congrès de Reims et Arch. gén. de méd. 1880.
(7) De l'Albuminurie dans la variole. (Th. de Paris. 1881.)
(8) Des Maladies des reins. (Trad. franç. 1884.)
(9) Contribution à l'étude de l'albuminurie dans la variole. (Th. de Lyon. 1885.)

aigu du rein. Nous avons suffisamment insisté, au début de ce chapitre, sur la différence très marquée qui sépare l'une de l'autre pour ne pas y revenir ici. D'ailleurs ce qui suit fera davantage, nous l'espérons du moins, ressortir cette distinction.

§ II. — FRÉQUENCE

Tous les auteurs qui se sont occupés de la variole font de la néphrite une complication rare de cette maladie.

Pour ne pas faire de répétitions, nous nous bornerons à dresser une statistique rapide de tous les cas observés.

Rayer, dans son *Traité des maladies des reins*, dit : « J'ai eu connaissance d'un cas de néphrite albumineuse survenue dans la convalescence d'une variole confluente. »

Cartaz, sur 44 varioles confluentes l'a rencontrée 7 fois.

Gemmel, sur 1,058 varioleux, 20 fois.

Bourru, sur 79 malades, 4 fois.

Barthélemy en a observé un seul cas sur 400 malades.

Leudet a publié 4 cas de néphrite varioleuse.

Couillault, 3 cas sur 106 malades.

Bartels cite une observation avec guérison.

Enfin, P. Bourgin, sur 214 malades, donne 21 cas.

Pour nous, sur un total de 400 varioleux environ que nous avons pu suivre complètement, nous n'avons rencontré la néphrite que 6 fois.

En résumé, cette courte statistique nous donne 66 cas de néphrite sur 2,425 varioleux, c'est-à-dire le rapport de 1 sur 36,5.

D'où provient cette disproportion, parfois si considérable, dans le nombre des cas observés ? Nous croyons, avec Leudet et Bourgin, que ces différences tiennent aux épidémies.

Pour tous les auteurs la néphrite ne s'est montrée que dans la variole confluente ; seul, Bourru a observé ses trois cas dans la variole discrète. Mais il est juste de faire remarquer que ses malades étaient des surmenés de la guerre de 1870, et qu'ils offraient par là-même un terrain plus facile à des complications de tout genre.

§ III. — AGE, SEXE, VACCINATION

La néphrite varioleuse s'observe à tout âge ; elle paraît cependant plus fréquente de 20 à 30 ans. Les femmes semblent être moins exposées que les hommes à cette complication rénale ; c'est ce qui ressort clairement de la statistique de Gemmel (18 hommes et 2 femmes sur 20 cas de néphrite), et des renseignements que nous avons pu recueillir auprès de notre excellent collègue M. Jacques, interne des hôpitaux, chargé du service des varioleuses. Ne serait-ce pas que chez les femmes les menstrues, qui apparaissent généralement toujours et très abondamment dans le cours de la variole, jouent en quelque sorte un rôle d'émonctoire pour les bactéries ? D'ailleurs cette vue est confirmée par ce fait que les autres accidents, tels que abcès, phlegmons, etc., sont moins fréquents chez les femmes, et qu'enfin la plupart des cas de néphrite observés dans le service de M. le Dr Trastour, médecin des hôpitaux, l'ont été sur de jeunes filles non encore réglées.

L'influence exercée par la vaccination sur le nombre des cas de néphrite varie avec chaque épidémie. Ainsi, tandis que

Gemmel donne la proportion de 1,4 0/0 pour les vaccinés et celle de 3,80 0/0 pour les non-vaccinés, nous obtenons, nous, des proportions inverses, c'est-à-dire 1,25 0/0 pour les premiers et 0,25 0/0 pour les seconds.

§ IV. — Pathogénie

La pathogénie de la néphrite varioleuse a passé par des phases nombreuses ; tous les auteurs qui ont écrit sur l'albuminurie dans la variole en ont donné une explication différente.

Jaccoud, en 1860, s'exprimait ainsi, à propos du peu de fréquence de cette complication : « Pour nous, nous sommes convaincu que la cause de la différence remarquable qui sépare à cet égard la scarlatine de la variole, consiste uniquement dans la sécrétion séro-purulente qui se fait à la surface du derme ; non pas, qu'on le remarque bien, parce que cette sécrétion est capable de prévenir une hypérémie rénale, celle-ci existe dans beaucoup de cas où l'éruption variolique a très bien marché, mais simplement parce que cette sécrétion renferme, elle aussi, des éléments quaternaines dont la formation est évidemment sous la dépendance des mouvements interstitiels et dont l'accumulation dans le sang se trouve ainsi prévenue. Dès lors, il n'est pas besoin pour eux d'une nouvelle voie d'élimination. »

Nous ne nous arrêterons pas à cette hypothèse, puisque nous avons montré, dès le début de cette étude, que, contrairement à ce que semble soutenir M. Jaccoud : 1° on observe la néphrite dans le cas de variole confluente, c'est-à-dire alors que la suppuration cutanée devrait éliminer tous « les éléments

quaternaires » nuisibles ; 2° la lésion rénale ne se produit que dans la période de desquamation, c'est-à-dire absolument comme dans la scarlatine.

A la suite d'une épidémie observée à l'hôpital de la Pitié, Quinquaud (1) fit de l'alcoolisme la cause presque unique de l'albuminurie dans la variole. Les observations publiées depuis cette époque ont fait écarter ce mode étiologique.

Couillault invoqua à son tour l'influence du refroidissement. Mais ce qui prouve bien que la cause de la néphrite est dans la maladie elle-même, et non dans l'impression du froid, c'est que cette complication est très variable suivant les épidémies, et qu'elle survient chez des malades qui sont entourés des soins les plus empressés.

D'autres ont cru devoir ajouter au refroidissement la forme spéciale de desquamation qui se ferait par larges écailles, comme dans la scarlatine (Bourru), ou bien la fluxion collatérale intense sur les reins par suite des altérations cutanées (Couillault).

En 1875, Weichert, et en 1881, Grancher (2), pensèrent que, par analogie avec la néphrite diphtéritique, la néphrite varioleuse devait reconnaître une origine parasitaire.

Mais il faut arriver jusqu'au remarquable mémoire de Ch. Bouchard sur les néphrites infectieuses et aux recherches de Kannenberg (3), pour avoir de la lésion rénale qui nous occupe une véritable explication.

« Etant donnée, dit Bouchard, la conception actuelle des maladies infectieuses, on conçoit que les microbes puissent s'arrêter dans les vaisseaux du rein, s'y multiplier, s'y accumu-

(1) Archives gén. de méd. 1870.

(2) Gazette hebdomadaire. 1881.

(3) Kannenberg, ueber Nephritis bei acuten Infections Krankheiten, Zeitschrift für Klinische Medecin., von Frerichs und Leyden, vol. I. 1880.

ler et modifier l'état anatomique des cellules..... La formation de pareils foyers secondaires dans le cours d'une maladie infectieuse n'est pas chose rare. » Or, Weigert a vu, dans le parenchyme rénal de varioleux, des microbes analogues à ceux des pustules, comme Bouchard en a signalé dans les reins et les urines d'autres maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, la diphthérie.

De même Renaut (1) a trouvé sur des reins de varioleux morts de néphrite des lésions qui prouvent bien qu'il s'agit également ici d'une néphrite aiguë diffuse, d'origine infectieuse.

Nous-même avons pu, sur diverses préparations faites dans le laboratoire de M. le professeur Carrieu, voir nettement les altérations qui caractérisent le premier degré des néphrites infectieuses. Nous allons d'ailleurs revenir sur ce sujet dans le chapitre suivant.

Par quel mécanisme les bactéries produisent-elles la néphrite ? Est-ce par des troubles d'irrigation, en produisant par leur accumulation dans les capillaires une sorte d'obstruction vasculaire, une ischémie qui entrave la vitalité des cellules ? Est-ce par un traumatisme des cellules dans lesquelles elles pénètrent en s'emparant de la substance qui doit nourrir la cellule et qui arrive incessamment en contact avec elle, que ce soit l'oxygène (Labadie-Lagrave), une matière albuminoïde ou autre ? Ou bien ces microbes sécrètent-ils une matière nuisible capable de détériorer la cellule ?.... Tous ces processus pathogéniques sont possibles, dit Gaucher.

Quoi qu'il en soit, concluons, avec Bouchard, Weigert, Renaut, Bartels, Gaucher, etc., qu'il se fait, dans la néphrite varioleuse, au niveau des reins, une véritable décharge de bactéries. Si nous ignorons encore le mécanisme de la lésion

(1)Note inédite de M. J. Renaut, incluse dans un mémoire inédit de M. Albert Robin sur l'*Urologie de la néphrite variolique*.

que ces bactéries produisent, il n'en est pas moins vrai que « cette lésion est certainement l'effet de la présence des bactéries dans la glande. » (Bouchard.)

---

§ V. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est donc avéré que la néphrite varioleuse rentre dans le cadre des néphrites infectieuses, néphrites dans lesquelles l'agent infectieux pénètre dans le rein par les vaisseaux. Or, sachant que les micro-organismes, venant des vaisseaux, passent dans l'intérieur des tubes urinifères et de là dans les voies d'excrétion, on peut supposer à priori que les principales lésions siégeront dans les branches glomérulaires et dans la substance corticale. C'est ce qui se produit en effet.

Cette étude, qui tout entière a été faite d'après les lésions rencontrées sur les reins du malade qui fait l'objet de l'observation IV, comprendra d'abord un court aperçu sur l'examen macroscopique, et en second lieu le résultat de l'examen microscopique.

I. EXAMEN MACROSCOPIQUE

La capsule présente son adhérence normale. Les reins sont augmentés de volume, congestionnés; à l'œil nu, on remarque une tuméfaction de la substance corticale, qui présente des zones très rouges, séparées par des tractus pâles et grisâtres.

Cette coloration tranche avec celle de la substance médullaire, qui a presque conservé son aspect normal, si ce n'est une teinte un peu plus foncée.

II. EXAMEN MICROSCOPIQUE

A. ECORCE. — A *un faible grossissement*, sur une coupe parallèle à la direction des pyramides de Ferrein, aussi bien que sur une coupe perpendiculaire à cette direction, on voit que la périphérie du lobule, c'est-à-dire les points où sont les glomérules, et les tubes contournés sont les plus atteints. Nous étudierons successivement les lésions :

1° Dans le tissu interstitiel ;
2° Dans les glomérules;
3° Dans les tubes contournés.

1° *Tissu conjonctif et vaisseaux.*— Le tissu conjonctif est infiltré dans un grand nombre de points d'un exsudat albumineux ne contenant pas d'éléments embryonnaires, mais de la fibrine, des globules blancs et rouges. Ailleurs, on peut constater une altération cellulaire signalée par Weigert et appelée par Conheim *nécrose de coagulation*, altération qui consiste en une mortification spéciale « caractérisée par l'aspect colloïde du protoplasma et la perte rapide, pour le noyau, de la propriété de se colorer par les réactifs ordinaires.» (Strauss.)

Espaces lymphatiques de Ludwig. Par places, on voit de véritables hémorrhagies, qui ont éloigné les uns des autres les tubes contournés. Les vaisseaux sont dilatés, et plus spécialement les capillaires ; certaines parois portent des traces manifestes d'endartérite. (V. *fig.* 2.)

2° *Glomérules.* — Les glomérules offrent des aspects divers : les uns sont turgescents, distendus par un exsudat hémorrhagique, exsudat qui forme le plus souvent un croissant lunaire au-dessous de la capsule. Celle-ci a conservé son épaisseur normale ; cependant, en quelques points, on voit ses parois augmentées, ou mieux, infiltrées, œdématiées. Enfin d'autres glomérules sont tassés ; leur contour est irrégulier, plus ou moins dentelé, ce qui tient à une inondation sanguine paraglomérulaire. (V. *fig.* 2.)

3° *Tubes contournés.* — On peut constater dans les tubes contournés toutes les altérations épithéliales des néphrites aiguës. Quelques-uns ont conservé leurs cellules avec leur noyau, mais ces cellules sont troubles, peu distinctes. Le plus souvent ces cellules sont, en effet, fondues entre elles, boursouflées, turgescentes et granuleuses. La lumière des tubes est obstruée par un exsudat dans lequel on rencontre fréquemment des globules rouges. (V. *fig.* 1.)

B. Substance médullaire. — Les vaisseaux sont excessivement abondants et dilatés, avec des traces non douteuses d'endartérite, surtout sur les petites artérioles.

Le tissu conjonctif, coloré en rouge-violet, est infiltré par un exsudat, mal coloré par l'éosine hématoxylique ; cet exsudat, très abondant, forme des foyers hémorrhagiques, lesquels ont tassé les tubes (fortement colorés en bleu), qui se trouvent ainsi éloignés les uns des autres par de vastes espaces remplis de globules rouges. (V. *fig.* 1.)

C. Quant aux bactéries, n'ayant pu faire, par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, qu'un nombre restreint de préparations relatives à leur recherche, déjà si

délicate, nous ne saurions affirmer trop positivement leur présence dans le parenchyme rénal. Cependant, il nous semble en avoir rencontré un certain nombre aux alentours des glomérules.

En résumé, nous avons là une congestion œdémateuse avec hémorrhagie, premier degré d'une néphrite infectieuse, dont le point de départ est l'exsudation vasculaire.

Nous ne saurions terminer ce paragraphe sans établir un rapprochement entre la néphrite varioleuse et la néphrite scarlatineuse, toutes deux rentrant dans le cadre des néphrites infectieuses et caractérisées par des altérations presque en tous points semblables.

CHAPITRE II

Observation I

Le nommé B... (Remy), âgé de 21 ans, boulanger, entre le 12 mars 1886 à la salle Sainte-Eugénie, lit n° 25, pour une variole confluente.

Le 1er avril, en pleine période de desquamation, sa petite vérole ayant évolué très régulièrement jusque-là, notre malade se plaint d'avoir depuis deux jours de l'inappétence, de la constipation, de ressentir quelques douleurs sourdes au niveau des reins, enfin, d'uriner très peu. Sa température prise le soir même est de 39°.

Remontant à la cause de ces symptômes, nous apprenons que notre malade a été pris de frissons répétés en allant aux cabinets dans la nuit du 28 au 29 mars.

2 avril. — Bouffissure du visage ; œdème au niveau des malléoles. Une pression même légère détermine au niveau des lombes une douleur assez vive. Les urines, examinées à l'albuminomètre d'Esbach, donnent 8 grammes d'albumine par litre ; la quantité des vingt-quatre heures est de 600 grammes.

Traitement : régime lacté exclusif ; frictions térébenthinées sur les cuisses, sur le tronc et sur les membres supérieurs.

3. — Œdème des deux jambes. Quantité d'urine, 700 grammes.

5. — L'œdème a envahi les cuisses et la partie inférieure du tronc. Albumine, 5, 70 ; la quantité des urines est augmentée, 1 litre environ. Les reins sont toujours douloureux à la pression. On entend un léger souffle, au premier temps, à la pointe du cœur. Diarrhée fréquente.

Traitement : quatre carafes de lait, avec 40 grammes d'eau de chaux par carafe.

8. — Reins moins douloureux. Selles normales. Urines abondantes, mais d'une teinte sanguinolente, 1 litre. Dosage de l'albumine, 3 grammes.

Traitement : l'eau de chaux est supprimée. Potion avec tannin, 0,80 centigrammes, et sp. thébaïque, 20 grammes.

10. — Le ventre est moins ballonné et plus souple ; une diarrhée abondante est survenue. Le régime lacté est supprimé et remplacé par de la viande crue (200 grammes).

22. — L'œdème n'occupe plus que les jambes. La diarrhée a disparu. Les urines sont claires, transparentes; 3 litres environ par 24 heures. Léger nuage d'albumine, au-dessous duquel on observe une jolie couleur rosée due à l'urohématine.

Traitement : tannin, 0,50, en cinq pilules. Le régime lacté est rétabli.

28. — Léger trouble par l'acide nitrique et la chaleur. Cinq carafes de lait ; liqueur de Fowler, VIII gouttes.

1er mai. — Le malade, fatigué de ce régime exclusivement lacté depuis un mois, est autorisé à prendre des potages au lait, soupes au riz, etc. La quantité des urines est de 2,400 grammes.

3. — Dosage de l'albumine, 0, 40 par litre.

8. — Exeat.

P.-S. — Ce malade, sorti le 8 mai, part pour la campagne, où il séjourne quinze jours ; pendant ce temps, appétit excel-

lent, santé parfaite ; pas de troubles d'aucune sorte. A son retour, ses urines donnent encore un léger louche d'albumine.

Observation II

Au n° 22, salle Sainte-Eugénie, est couché le nommé R.... (Etienne), journalier, âgé de 29 ans, entré le 29 mars, pour une variole confluente, qui a évolué normalement jusqu'au 26 avril.

Ce jour-là, nous nous apercevons d'une multitude d'abcès en formation sur le visage, les paupières, le cuir chevelu, le cou. Pas de réaction générale.

28. — Le malade se plaint de douleurs de reins. Une goutte d'acide nitrique précipite l'albumine en masse. Pas de frissons, pas de fièvre.

29. — Œdème aux malléoles. Le malade est mis au régime lacté exclusif, et des frictions sont faites sur les cuisses, le tronc et les bras avec un mélange d'alcool, 100 grammes, et d'essence de romarin, 5 grammes ; de plus, on donne une carafe de tisane de queues de cerise, une carafe de café vert.

30. — L'œdème a gagné les jambes, les cuisses et le scrotum ; celui-ci est considérablement distendu et semble prêt à se rompre. Quantité des urines, 600 grammes; elles sont rougeâtres. Précipité abondant et rétractile par l'acide nitrique.

1er mai — Diarrhée assez abondante depuis hier matin. On associe au lait 20 grammes d'eau de chaux par litre : de plus M. d'Astros prescrit 25 grammes d'eau sulfo-carbonée.

Quantité des urines, 900 grammes.

Dosage à l'albuminomètre d'Esbach, 5 grammes.

3. — La quantité des urines a augmenté, 1,500 grammes, dans les dernières vingt-quatre heures; dosage:albumine, 4 gr. La diarrhée a diminué. 20 grammes d'eau sulfo-carbonée. L'œdème est cependant toujours considérable ; mais on ne peut voir si le visage est bouffi, vu la multitude d'abcès qui le recouvrent, à tel point que nous donnons chaque matin de cinq à dix coups de bistouri, ces petits foyers de suppuration étant complètement indépendants les uns des autres.

5. — La diarrhée a disparu. Quantité des urines, 2 litres. L'albumine se prend toujours en masse. Eau sulfo-carbonée supprimée.

7. — Dosage de l'albumine, 3 grammes.

12. — Les abcès sont cicatrisés ; les paupières peuvent enfin se soulever complètement, mais le malade se plaint alors d'avoir la vue trouble : il lui est impossible de lire les caractères d'un journal. L'œdème a presque complètement disparu. Les urines sont très abondantes ; le malade n'urine pas moins de 4 à 6 litres dans vingt-quatre heures. Il prend 5 litres de lait.

18. — La vue reste afffaiblie. Les urines sont plus claires ; l'albumine ne se traduit plus que par un léger trouble. L'œdème a disparu tout à fait depuis deux jours.

Traitement : tannin, 0.50 ; opium, 0.05, en cinq pilules.

25. — Trouble à peine sensible des urines par la chaleur.

27. — Le malade est pris de frissons, de fièvre (39°5) ; le lendemain matin, un érysipèle apparaît sur la joue gauche.

5 juin. — Léger trouble persistant d'albumine. La vue est toujours un peu voilée.

8. — Le régime est modifié peu à peu : potages au lait, soupes au riz.

28. — Exeat. Plus aucun trouble dans les urines ; santé parfaite. La vue est normale.

Observation III

M... (Joseph), âgé de 30 ans, portefaix, est entré, le 29 mars, à la salle Sainte-Eugénie, lit n° 26.

Ce malade est couvert de vésico-pustules de couleur rosée et d'une extrême confluence.

Rien dans ses antécédents.

Toux avec quelques crachats muqueux pendant l'éruption et la suppuration. Traitement éthéro-opiacé.

Le 20 avril débute la période de dessiccation ; la toux a disparu complètement ; l'appétit est excellent jusqu'au 25, et tout fait présumer une guérison rapide, quand, ce jour-là, à trois heures du soir, il est pris subitement et sans prodromes d'un accès de suffocation excessivement intense. L'interne de service, appelé aussitôt, constate une dyspnée angoissante ; la respiration, très rude et bruyante, est accompagnée du râle trachéal ; le visage est cyanosé ; les extrémités sont froides, le pouls petit et fréquent. Des ventouses appliquées sur-le-champ ne produisent aucun soulagement. Le patient semble voué à la mort par asphyxie, quand, après deux heures de cette lutte anxieuse, la respiration se calme peu à peu et la circulation se régularise.

On ausculte le malade. Pas le moindre râle, pas de frissons, pas de réaction générale, sinon que le malade reste dans un profond abattement.

26. — Une auscultation minutieuse est de nouveau pratiquée, mais sans plus de résultat. On songe à examiner les urines : l'albumine se précipite en gros flocons brunâtres. On s'aperçoit alors d'un léger œdème aux malléoles.

Traitement : potion tr^e^ noix vomique, XX gouttes ; acétate d'ammoniaque, 10 grammes ; alcool, 15 grammes; lait, trois carafes.

27. — Hier, après-midi, le malade a eu une nouvelle crise dyspnéique d'une durée à peu près égale.

Les urines sont rares, d'une couleur jaune sale, ressemblant assez à du café au lait; l'albumine se prend en une masse rétractile par l'acide nitrique.

Traitement : on ajoute des frictions térébenthinées sur les parties non œdématiées, c'est-à-dire les cuisses, le tronc et les membres supérieurs; eau-de-vie allemande et sirop de nerprun, 15 grammes de chaque.

28 avril. — Les urines ont une forte odeur de violette, due à l'absorption sans doute de l'essence de térébenthine. Les frictions sont supprimées sur les cuisses, qui portent encore quelques ulcérations non complètement cicatrisées. La quantité des urines est de 400 grammes.

Le malade a eu, hier soir, une troisième crise de suffocation, mais d'une intensité moindre.

29. — Quatrième accès de suffocation hier à 5 heures du soir, mais qui n'a duré que trois quarts d'heure.

L'œdème a envahi les cuisses, le scrotum et la partie inférieure de la paroi abdominale. 600 grammes d'urine depuis hier matin ; dosage de l'albumine, 3 gr. 50 par litre. Légère odeur de violette dans les urines. Les frictions avec l'essence de térébenthine ne sont permises que sur les membres supérieurs.

Traitement : potion tr^e^ noix vomique, XV gouttes ; acétate d'ammoniaque, 8 grammes ; lait, trois carafes.

30. — Dosage, 2,50 d'albumine.

Un litre d'urine dans les vingt-quatre heures.

Légère crise d'oppression de demi-heure, hier après-midi.

Traitement : potion tr^e noix vomique, XV gouttes ; une carafe de tisane café vert.

1^er mai. — La dyspnée n'a plus reparu. L'auscultation pratiquée tous ces jours précédents n'a jamais rien découvert. L'œdème n'occupe plus que les membres inférieurs. La quantité des urines est de 2 litres ; dosage de l'albumine, 2 grammes.

Traitement : la noix vomique est remplacée par : tannin, 0, 25 ; opium, 0,05, en cinq pilules ; cinq carafes de lait.

3. — Le malade a eu 3 litres d'urine : celle-ci a perdu sa couleur jaunâtre, pour prendre une teinte sanguinolente ; elle renferme effectivement une forte proportion de globules rouges.

Traitement : 0,50 tannin ; 0,25 opium, en cinq pilules.

8. — Notre malade a pissé jusqu'à 8 litres par vingt-quatre heures. Il prend 7 litres de lait. Les urines se troublent légèrement par l'acide nitrique et la chaleur.

L'œdème a complètement disparu, mais notre néphritique se plaint d'avoir la vue trouble depuis cinq jours.

10. — La couleur des urines est claire, transparente ; nuage persistant d'albumine. La quantité des urines est toujours considérable (de 6 à 8 litres par vingt-quatre heures).

15. — Le tannin est supprimé depuis le 12 mai.

Le malade est fatigué de son régime lacté ; il commence à manger des soupes au lait, etc.

24. — Un louche très léger trouble les urines. Appétit excellent.

4 juin. — Exeat. Tout trouble a disparu ; plus rien dans les urines. La vue est restée un peu affaiblie.

Observation IV

V... (Ferdinand), maçon, 30 ans, vacciné enfant, entre le 5 octobre 1886, salle Ste-Marguerite, n° 21.

Variole confluente. Suppuration très rapide.

12 octobre. — La dessiccation a commencé depuis hier. Le malade se plaint d'une douleur au côté droit. Légère submatité au tiers moyen ; à l'auscultation on entend des râles crépitants. Urines normales.

Potion ipéca, 2 grammes.

14. — Les phénomènes pulmonaires ont disparu entièrement. La dessiccation est complète.

20. — Frissons intenses et répétés le matin à 4 heures. Diarrhée très abondante. Les urines sont rares et foncées en couleur. Par l'acide nitrique on obtient un précipité abondant d'une albumine qui se ramasse au fond du tube en gros flocons épais et grisâtres.

Potion : sous-nitrate de bismuth, 4 gr.; laudanum, X gouttes.

La température axillaire est : matin, 39°9 ; soir, 39°4.

21. — Selles abondantes et fétides. Nausées et quelques vomissements verdâtres. Léger œdème des malléoles. La vue est un peu obscurcie. Il y a une surdité très prononcée de l'oreille gauche. Les urines sont rares ; elles atteignent à peine 850 grammes ; leur couleur est d'un rouge sale, couleur *lavure de chair ;* par la chaleur et par l'acide nitrique, on obtient un abondant précipité albumineux.

La température est : matin, 38°9 ; soir, 39°6.

Traitement : 20 grammes eau de chaux par litre de lait.

Potion : laudanum, XX gouttes, et sous-nitrate de bismuth, 8 grammes.

Régime lacté exclusif.

22. — Diarrhée persistante. Œdème des paupières. L'amblyopie est plus prononcée. Prolongement et souffle léger au premier temps, à la pointe. Dépression profonde du malade. Les urines ont atteint 950 grammes; elles sont épaisses et rouges ; le précipité par l'acide nitrique est toujours abondant; le dépôt, examiné au microscope, montre une très grande quantité de globules rouges.

La température est : matin, 38°8; soir, 39°2.

Même traitement.

23. — Douleur vive déterminée par la pression sur la région rénale. Les doigts laissent à ce niveau une empreinte assez marquée. La quantité des urines a été, dans les dernières vingt-quatre heures, de 1,250 grammes; précipité floconneux. La diarrhée a diminué notablement. Plus de nausées ni de vomissements.

La température est : matin, 37°9 ; soir, 39°3.

24. — La diarrhée a de nouveau augmenté ; les selles sont fréquentes et quelquefois involontaires. Le malade est profondément abattu. L'œdème remonte jusqu'au pli de l'aine. L'œdème des paupières a disparu. La surdité persiste du côté gauche. Les urines ont augmenté en quantité (1,300 grammes), mais elles donnent toujours un rapide et notable précipité brunâtre.

La température est de 38°1 le matin.

A la contre-visite, nous trouvons le malade prostré et immobile dans son lit. Le pouls est à peine sensible.

Potion acétate d'ammoniaque, 8 grammes.

Mort dans la soirée.

Autopsie, faite vingt-huit heures après. — Congestion

des deux bases pulmonaires. Foie et rate congestionnés également. Parois cardiaques molles et parsemées de tractus jaunâtres. (Voir pour les altérations rénales le chapitre *Anatomie pathologique*.)

Observation V

S... (Victor), 19 ans, serrurier, né à Cannes, entre le 5 septembre 1886, salle Ste-Marguerite, lit n° 9.

N'a jamais été vacciné. Variole confluente.

10 septembre. — Point de côté gauche. Frissons répétés. Râles crépitants à gauche.

Potion : infusion ipéca concassé, 2 gr.; alcool, 40 gr.

11. — Souffle tubaire intense dans tout le lobe moyen gauche. Même traitement.

14. — Gros râles de retour. Une diarrhée abondante étant survenue, l'ipéca est suspendu.

Potion avec 80 grammes sp. d'opium.

16. — Diarrhée moindre. Encore quelques râles sous-crépitants à gauche.

20. — La fièvre, qui avait disparu depuis cinq jours, reparaît. Dyspnée intense. Le malade accuse une douleur très vive du côté droit. Matité au tiers moyen du poumon droit; à l'auscultation, on entend des râles crépitants fins.

Potion : infusion ipéca concassé, 2 gr.; alcool, 40 gr.

En même temps, nous découvrons un vaste abcès occupant toute la région sus-hyoïdienne, incision et pansement antiseptique.

23. — Souffle tubaire léger.

25. — Léger souffle persistant, avec gros râles sous-crépitants.

Vésicatoire 12/15.

Les deux avant-bras sont envahis par un vaste abcès, remontant, pour le bras droit, jusqu'au niveau du coude. Débridement. Lavages et pansement antiseptiques.

27. — Tous les signes thoraciques ont disparu. La température est redevenue normale. La dessiccation est complète. Nous incisons quelques petits abcès sur la main gauche.

29. — Appétit excellent. Les abcès sont presque entièrement cicatrisés.

1er octobre. — A la contre-visite, nous sommes surpris de trouver chez notre malade une température très élevée. Le thermomètre, placé immédiatement sous l'aisselle, nous donne une température de 39°. L'auscultation la plus minutieuse ne permet de rien découvrir. C'est alors que le malade attire notre attention sur ses jambes : les deux membres inférieurs sont fortement infiltrés; l'œdème envahit le scrotum, qu'il distend. Au niveau des reins, il y a un empâtement très prononcé et de plus le malade éprouve une vive douleur quand on presse sur cette région, surtout du côté droit. Dans l'après-midi, le malade a eu plusieurs selles diarrhéiques abondantes. Quoique n'ayant pas pissé depuis le matin, il ne peut nous fournir que 150 gr. d'une urine qui est rougeâtre et épaisse ; quelques gouttes d'acide nitrique et la chaleur donnent un précipité floconneux couleur café au lait.

Toute alimentation solide est suspendue et remplacée par le régime lacté exclusif, avec 20 gr. d'eau de chaux par litre.

2. — L'œdème remonte jusqu'aux fausses côtes. Rien du côté des yeux. Les urines des vingt-quatre heures atteignent à peine 500 gr. ; elles présentent les mêmes caractères que la veille. La diarrhée est très abondante; les selles sont horriblement fétides.

Température matin, 37° ; soir, 38° 5.

Traitement : quatre carafes de lait avec 10 grammes eau de chaux par litre.

3. — 700 grammes d'urine depuis hier matin; précipité en flocons brunâtres. La quantité de sang a augmenté.

Température : matin, 37°2 ; soir, 39°.

4. —La diarrhée persiste,l'œdème aussi. Rien au cœur. L'albuminomètre d'Esbach donne 4 grammes d'albumine par litre. La quantité des urines a été de 960 grammes. On ajoute au traitement 30 grammes d'eau sulfo-carbonée.

6. — La diarrhée a diminué ; les selles ont perdu leur fétidité. Le malade a un nouvel abcès au bras droit, d'où un mouvement fébrile plus accentué le 6 octobre soir.

Température : 5 octobre matin, 37°4 ; soir, 38°2 ; 6 octobre matin, 38° ; soir, 39°2.

8. — L'œdème est localisé aux malléoles. Les urines ont augmenté en quantité, 1,600 grammes, en même temps qu'elles ont perdu leur coloration foncée. L'albuminomètre d'Esbach donne 1 gr. 50 par litre.

10. — Les urines sont à peu près claires. La quantité des vingt-quatre heures oscille entre 2,000 et 2,500 grammes ; nuage léger d'albumine. La diarrhée ayant presque cessé, l'eau sulfo-carbonée est suspendue.

15. — Les urines ont atteint 3 litres et demi. L'œdème a complètement disparu. Une légère douleur à la pression persiste au niveau du rein droit.

20. — Plus d'albumine, plus de diarrhée. La maigreur du malade est extrême. Il prend encore deux carafes de lait et mange la demi-portion.

22. — Appétit excellent. On lui donne la portion entière. Par l'acide nitrique et la chaleur, on peut voir un léger nuage d'albumine, qui disparaît d'ailleurs complètement les jours suivants.

10 novembre. — Le malade sort complètement guéri.

Observation VI

M... (Michel), 25 ans, capitaine marin autrichien, entré le 20 septembre 1886, salle Ste-Marguerite, n° 1.

Vacciné dans l'enfance. Variole cohérente.

Eruption complète sur la jambe gauche, et une brûlure au deuxième degré, produite par un acide.

Le 25, lymphangite et adénite très douloureuses du côté de la jambe brûlée.

5 octobre. — La dessiccation est à peu près complète.

10. — Le malade se plaignait depuis deux ou trois jours d'avoir de l'anorexie, lorsque le 10, à 4 heures du matin, il fut pris de vomissements incessants et d'une diarrhée très abondante. A la visite du matin, on lui prescrit : régime lacté exclusif ; fragments de glace à avaler de temps en temps.

A la contre-visite, nous pouvons constater un précipité abondant et rétractile d'albumine dans les urines, urines qui ont cette coloration rougeâtre que nous avons constatée dans les autres cas de néphrite varioleuse.

11. — Le malade rejette tout le lait. Les vomissements deviennent ensuite bilieux; l'eau chloroformée semble les diminuer un peu. Les selles restent fréquentes et abondantes. Les urines des vingt-quatre heures atteignent 800 grammes ; elles possèdent les mêmes caractères que la veille.

12. — Vomissements opiniâtres. L'eau chloroformée est aussi peu supportée que le lait ; les garde-robes sont fétides. Dans l'après-midi, le malade éprouve une dyspnée subite et intense,qui dure pendant dix minutes environ. Les urines sont rares, 850 grammes, et se prennent en masse au fond du

tube, dans lequel on verse seulement quelques gouttes d'acide nitrique. Il y a un léger œdème des jambes, pas de douleur au niveau des reins.

13. — Les vomissements s'accompagnent de violentes douleurs épigastriques. Cette gastralgie disparaît par l'application immédiate sur le creux épigastrique d'une mouche de milan, pansée ensuite avec 0 gr. 01 de morphine.

Quantité des urines, 950 grammes. Mêmes caractères, si ce n'est peut-être un peu moins de rougeur.

14. — Pendant la nuit, les vomissements et la diarrhée ont repris leur intensité du premier jour. Urines, 1,400 grammes.

Traitement : potion Rivière.

15. — Les vomissements ont notablement diminué ; le lait est assez bien supporté. Urines, 1,500 grammes.

On ajoute au lait 20 grammes eau de chaux par litre.

17. — Les vomissements ont cessé ; la diarrhée est nulle. Les urines ont atteint 1,900 grammes; en même temps l'albumine a considérablement diminué, à peine aperçoit-on un léger nuage.

25. — Les urines oscillent entre 1,800 et 2,600 grammes par vingt-quatre heures. L'albumine a disparu complètement. Le malade commence à manger. Durant cette longue période, pas le moindre mouvement fébrile.

4 novembre. — Exeat.

§ I. — Symptomatologie

La néphrite varioleuse, comme on peut le voir par nos observations, a un appareil symptomatique qui, tout en risquant de se confondre avec le cortège symptomatique du mal de Bright, a, dans son mode d'apparition, sa marche, sa durée, etc., certaines particularités intéressantes qui méritent une étude à part.

Sur le total des six observations que nous donnons ici, le début a toujours eu lieu du dix-huitième au trente-cinquième jour de la maladie. Trois fois l'œdème s'est montré le premier ; deux fois la céphalalgie, les nausées et vomissements, la diarrhée avec frissons et fièvre ont ouvert la scène ; enfin, chez un malade (observ. III), une crise intense de dyspnée, sans la moindre lésion cardio-pulmonaire appréciable, a fait rechercher et découvrir l'albumine dans les urines.

L'hydropisie constitue le plus souvent le phénomène initial de la maladie ; mais tandis que dans la néphrite scarlatineuse l'anasarque se produit d'une manière soudaine et envahit en même temps tout le corps, à tel point qu'un « enfant que la veille vous aviez laissé maigre, chétif, vous apparaît le lendemain comme obèse, en raison de l'énorme bouffissure dont il est pris (1) » ; dans la néphrite de la variole, au contraire, l'œdème est progressif et n'envahit que lentement et successivement les malléoles, les jambes, les cuisses, le scrotum et la partie infé-

(1) Trousseau. Clin. méd. t. I. p. 169.

rieure du tronc, qu'il dépasse rarement. Les séreuses sont généralement épargnées. La bouffissure du visage a été constatée dans la moitié des cas ; dans les autres circonstances, on doit se demander si l'hydropisie n'est pas passée inaperçue, par suite du masque irrégulier et épais que laissent sur la figure les ulcérations consécutives aux pustules, toujours entièrement confluentes en cette région.

De concomitance avec cette anasarque, mais marchant en sens inverse, nous signalerons la rareté des urines, lesquelles peuvent, au début de la néphrite, descendre à 300 grammes par vingt-quatre heures et même au-dessous. A ce propos, disons que nous trouvons dans ces urines un élément pathognomonique de la lésion des reins : précipité abondant et épais d'une albumine rétractile, contenant, avec des cellules d'épithélium rénal, des globules rouges en plus ou moins grand nombre et une infinité de bactéries, soit libres, soit engagées dans les cylindres rénaux. (Klebs, Bouchard.)

La quantité d'albumine peut être considérable, et cela pendant une bonne partie de la maladie ; si nous notons au début 8 grammes d'albumine par litre, nous devons remarquer que nous n'avons à ce moment que de 500 à 1,000 grammes d'urine par vingt-quatre heures ; à partir du huitième ou dixième jour, au contraire, l'albumine descend, il est vrai, à 0,50 centigrammes ou 1 gramme par litre, mais le malade urine jusqu'à 3, 4, 5 et même 8 litres par jour (Observ. II).

Il est donc certain que le filtre rénal persiste longtemps à laisser passer une quantité à peu près égale d'albumine.

Le début de la néphrite varioleuse n'est pas toujours annoncé par l'anasarque ou l'albumine.

Dans deux observations, un frisson intense, suivi d'une température élevée (39°5) et accompagné de nausées, ouvre la scène. Dans les deux cas, les phénomènes se sont montrés après une vive impression de froid que les malades ressenti-

rent en entrant pendant la nuit dans la salle humide des cabinets. D'autres fois, au contraire, des prodromes, tels que céphalalgie, inappétence (obs. VI), douleurs à l'épigastre et au niveau des reins, etc., ont précédé de deux ou trois jours l'apparition de l'albumine dans les urines. En même temps que cette douleur rénale, qui est loin d'ailleurs d'être constante, une percussion attentive dénote une augmentation de volume des reins.

Mais ce qu'il est beaucoup plus rare d'observer, c'est la *néphrite débutant brusquement et sans fièvre par un accès de dyspnée*, que nous avons toute raison d'appeler urémique (observ. III). Des auteurs ont signalé des accès d'éclampsie, mais ces convulsions n'ont été dans les deux cas observés que le prélude d'une fin prochaine. Bourru parle, il est vrai, d'une crise de suffocation, mais celle-ci n'est survenue encore que quelques heures avant la mort. Le fait que nous signalons est donc intéressant aussi bien par sa rareté que par sa soudaine apparition.

Ces crises de suffocation peuvent se répéter un grand nombre de fois ; notre malade en a eu pendant six jours consécutifs ; ses accès survenaient toujours à peu près à la même heure, entre 4 et 6 heures du soir. Le malheureux, assis sur son lit, avait la respiration angoissante ; ses lèvres cyanosées, ses extrémités refroidies, le pouls petit et fréquent, montraient combien l'oxygénation et la circulation étaient faibles et difficiles. L'inspiration bruyante était accompagnée du râle trachéal, et le malade, anxieux, suffoquant de plus en plus, semblait près de mourir. Enfin, après deux heures de cette lutte entre la vie et la mort, le calme revient peu à peu, le rhythme respiratoire se régularise et la circulation se rétablit; mais le malade, durant toute la nuit suivante, reste plongé dans un profond abattement. On s'attendait à trouver à l'auscultation une lésion pulmonaire importante ; rien, pas le

moindre râle, pas le moindre signe sthétoscopique. Tout porte à croire, par conséquent, que cette dyspnée est véritablement d'origine nerveuse, d'origine centrale ; d'ailleurs les symptômes qui apparurent les jours suivants (albumine, œdème, troubles de la vue, etc.) rendent cette origine incontestable.

Le lendemain, le surlendemain, pendant six jours enfin, éclata une crise semblable de suffocation ; mais celle-ci perdit chaque fois de son intensité et de sa durée. Pendant toute cette période, l'examen le plus attentif ne put faire découvrir la moindre lésion pulmonaire.

Nous devons rapprocher de cette observation certains autres faits intéressants : nous nous rappelons avoir vu des varioleux en pleine dessiccation enlevés subitement après un accès de dyspnée ou au milieu de convulsions. Ne seraient-ce pas là encore des accidents urémiques ? Ne faudrait-il pas, dans tous les cas, prenant en considération ces faits malheureux, avoir pour règle d'analyser les urines de chaque malade arrivé à la période de desquamation ? On pourrait ainsi, croyons-nous, prévenir peut-être ces accidents en instituant un traitement convenable dès la constatation de l'albumine.

De même nature que la dyspnée, nous devons signaler l'amblyopie, que l'on rencontre si fréquemment dans la néphrite varioleuse ; le plus souvent l'affaiblissement de la vue s'est montré en même temps que l'anasarque, mais il a persisté longtemps après la disparition de celle-ci.

A côté de l'amblyopie, nous devons signaler la possibilité d'une surdité plus ou moins complète survenant au début des accidents urémiques (obs. IV).

Dans le mal de Bright, il n'est pas rare de constater des altérations des bruits cardiaques ; Potain a fait ressortir leur fréquence. Dans la néphrite varioleuse, il n'en est pas ainsi.

Si nous analysons les observations de Gemmel, Bourru, Leudet, Couillault, etc., et nos six observations personnelles,

nous ne rencontrons des souffles que chez cinq malades. Sauf le malade de Leudet, qui avait un souffle aortique, chez les quatre autres, le souffle était à la pointe (observ. person. I et IV).

Quant à la température, elle ne saurait fournir d'indications précises. En effet, la fièvre n'est pas constante ; lorsqu'elle se produit, elle suit une marche variable, souvent influencée par les abcès cutanés ; enfin, dans le plus grand nombre des cas, la température reste normale.

Quel qu'ait été son début, la néphrite varioleuse suit une marche toujours à peu près la même ; l'œdème, qui avait en trois ou cinq jours envahi les membres inférieurs, puis le scrotum, disparaît rapidement sous l'influence d'un traitement énergique ; les douleurs rénales s'éteignent.

Mais les altérations de l'urine sont surtout caractéristiques : l'urine, qui était d'abord rare, d'une coloration rougeâtre ou d'un brun sale, couleur lavure de chair, teintes dues à la quantité plus ou moins considérable de sang, reprend peu à peu sa transparence habituelle, en même temps qu'elle augmente en quantité. Cependant les urines peuvent conserver assez longtemps une teinte sanguinolente plus ou moins foncée ; dans ce cas, nous avons vu le traitement par le tannin, institué par M. le docteur Léon d'Astros, amener assez rapidement une diminution des globules rouges.

Seule l'albumine peut persister en quantité à peu près égale pendant une vingtaine de jours ; mais, à partir de cette époque, le précipité devient de moins en moins abondant ; le trentième jour, tout se borne à un trouble léger, et un mois et demi, deux mois après le début de la néphrite, les urines sont tout à fait normales.

§ II. — Diagnostic

Tels sont les principaux caractères que nous donne l'observation clinique de la néphrite varioleuse. Avec ces signes, il sera toujours facile d'établir le diagnostic. Cependant, il peut arriver qu'un seul symptôme, dyspnée, amblyopie, douleur épigastrique ou douleur lombaire, frappe au début l'attention du médecin; c'est alors que les recherches faites sur les urines seront d'un grand secours et aideront à la recherche des autres phénomènes.

Enfin, il est des cas, croyons-nous, où l'on pourra prévenir en quelque sorte la néphrite : dans trois observations de Leudet, dans notre deuxième observation, nous voyons soit une éruption furonculeuse multiple, soit des kératites ulcéreuses précéder de quelques jours l'apparition de l'albumine ou de l'anasarque. La constatation de pareils foyers localisés en diverses régions devra toujours mettre le praticien en garde et lui faire redouter une décharge bactéridienne, c'est-à-dire la création possible d'une lésion semblable au niveau des reins. Ces symptômes, appuyés d'autre part sur la rareté constante des urines à ce même moment, engageront le médecin à rechercher l'albumine et lui permettront ainsi d'instituer un traitement énergique dès le début.

Faut-il faire le diagnostic avec ces œdèmes passagers qui s'observent assez fréquemment dans la convalescence de la variole ? Nous nous rappelons un garçon de 15 ans qui était en période de desquamation, et qui présenta pendant quatre

jours un œdème très marqué du scrotum. Dans tous les cas de ce genre, l'urine reste claire, transparente, et son examen ne fait pas découvrir la moindre altération.

§ III. — MARCHE. — DURÉE. — PRONOSTIC

Il résulte donc de l'étude qui précède que la néphrite varioleuse s'installe le plus souvent d'une façon insidieuse et qu'elle suit une marche régulière ; sa durée, contrairement à ce qui se passe pour la fièvre typhoïde, par exemple, où l'appareil symptomatique ne dure quelquefois que trois jours, rarement moins, en général un peu plus, est ici de vingt à trente jours le plus souvent.

Quant au pronostic, il est toujours très sérieux, non seulement à cause de la variole confluente dont la néphrite est une complication, mais aussi par les accidents urémiques de toutes sortes que la lésion rénale elle-même peut produire.

D'ailleurs, voici ce que nous enseigne la statistique que nous avons pu dresser :

Dans 13 observations.... Mort.
— 18 — .... Passage à l'état chronique.
— 29 — .... Guérison.

La guérison complète ou incomplète est donc la terminaison la plus fréquente dans la néphrite varioleuse.

Pour ce qui est du passage à l'état chronique, nous serions porté à croire, avec Bartels, qu'il fait le plus souvent défaut. Si l'on n'est prévenu, on peut se laisser tromper en effet par

le trouble de l'albumine, persistant encore dans les urines trente jours (époque à laquelle le malade quitte en général l'hôpital, si ce n'est même avant) après le début de la maladie, et croire à une néphrite devenue chronique ; mais que l'on observe le malade, que l'on analyse ses urines un mois et demi, deux mois après le début de la néphrite ; que l'on recherche tous les autres symptômes du mal de Bright, comme nous l'avons fait pour trois de nos malades, et l'on pourra reconnaître alors l'absence de tout signe positif.

La mortalité (13 sur 60) dans la néphrite nous montre que c'est là un accident redoutable de la convalescence de la variole ; des malades atteints d'une variole confluente, et que l'on devait croire guéris, puisqu'ils avaient dépassé le moment critique (vers le onzième jour) signalé par Trousseau, se trouvent en face d'un danger non moins grave, la lésion rénale. Mais la néphrite est toujours d'un pronostic fâcheux quand elle affecte une forme urémique soit dyspnéique, soit convulsive.

« La mort, et la mort rapide, est la conséquence fatale de l'urémie respiratoire », dit Lécorché. Pour nous, sur un seul cas de dyspnée urémique (observ. III) que nous ayons pu constater, nous avons vu la guérison se produire. Cet heureux résultat ne serait-il pas dû au traitement énergique appliqué dès le début par notre maître M. le Dr Léon d'Astros ?

Il est intéressant de rapprocher de la statistique ci-dessus une statistique de Bull concernant la néphrite scarlatineuse. Cet auteur, sur 216 scarlatineux, a observé 35 cas de néphrite; sur ce nombre, 15 appartiennent au sexe féminin, 20 au sexe masculin ; 6 moururent de leur néphrite, au milieu d'accidents urémiques ; chez les autres, la guérison s'obtint de trois semaines à cinq mois. Dans un seul cas, Bull constata le passage à l'état chronique.

De ce rapprochement découlent quelques vues générales instructives :

1° La néphrite scarlatineuse, comme la néphrite varioleuse, paraît s'observer plus souvent chez l'homme que chez la femme.

2° La néphrite est beaucoup plus rare dans la variole que dans la scarlatine ; dans la proportion de 2,8 p. 100 pour la première, de 16 p. 100 pour la seconde.

3° La durée paraît être à peu près analogue dans les deux cas ; si, toutefois avec Bull, on ne considère le passage à l'état chronique que lorsque, à côté de la présence de l'albumine dans les urines, on peut constater quelques autres signes du cortège symptomatique du mal de Bright, comme nous avons fait plus haut pour la néphrite varioleuse.

4° Si le nombre des cas de néphrite est plus considérable dans la scarlatine, la mortalité suit des proportions très voisines dans les deux fièvres éruptives : 1,3 sur 6 dans la variole ; 1 sur 5,8 dans la scarlatine.

§ IV. — TRAITEMENT

Nous ne saurions mieux faire, croyons-nous, que de reproduire ici le passage relatif au traitement, et que notre cher maître M. le Dr d'Astros, médecin des hôpitaux, voulut bien adjoindre à notre travail sur la néphrite varioleuse (1) :

Le traitement de la néphrite varioleuse arrivée à sa période d'état ne doit point différer du traitement des néphrites vulgaires *à frigore*, ou autres. Mais, à son début, les conditions

(1) Marseille médical. De la Néphrite varioleuse, par Od. Arnaud, juillet-août 1886.

pathogéniques qui la commandent fournissent des indications spéciales.

Tout d'abord la néphrite varioleuse est de la classe des néphrites infectieuses, reconnaissant pour origine, suivant les idées courantes, une décharge microbienne sur les reins. Du côté de la peau, dans la variole, les décharges microbiennes peuvent produire des inflammations qui évoluent rapidement en abcès ; un coup de bistouri ouvre la porte aux agents et aux produits de l'inflammation et guérit en un instant cet accident local. La gravité de la néphrite tient, d'une part, à ce que l'on n'a pas, comme dans l'abcès cutané, d'action directe pour favoriser la décharge ; dès lors l'inflammation consécutive ne pourra que s'accroître. D'autre part, les fonctions émonctoires du rein sont du coup compromises ou arrêtées.

En second lieu, si la néphrite varioleuse doit être rapprochée comme processus pathogénique des autres néphrites infectieuses, elle doit être envisagée aussi dans ses rapports avec la maladie spéciale qui l'engendre. Le malade qui vient de faire trois semaines de variole se présente dans des conditions toutes particulières pour supporter sa néphrite. Son système nerveux, comme en témoignent délire, rachialgie, cardialgie et bien d'autres troubles nerveux, vient d'être fortement impressionné par la maladie. Son cœur peut être atteint, à quelque degré que ce soit, de ces lésions de myocardite décrites par Desnos et Huchard. Le tonus vaso-moteur sera donc chez lui bien souvent modifié en moins et la pression sanguine abaissée. Ce sont là des conditions particulières qui ne pourront qu'accentuer les troubles du fonctionnement du rein.

Le cas de ce varioleux couché au n° 26 de mon service (observ. III) est à ce point de vue parfaitement instructif. Les troubles respiratoires ont d'emblée une gravité extrême,

urémie respiratoire si l'on veut, ou même urémie bulbaire ; les troubles cardiaques suivent : accélération extrême et petitesse du pouls ; l'asphyxie arrive, la mort est imminente. L'absence absolue de congestion pulmonaire ne fournissait pas indication à la saignée. Les purgatifs paraissaient indiqués pour débarrasser le sang des produits toxiques de rétention. Mais je risquais d'arriver trop tard avec les purgatifs, et la paralysie déjà si prononcée du pneumogastrique me faisait craindre qu'ils ne produisissent pas autre chose qu'un tympanisme abdominal paralytique. Il me parut absolument urgent de venir au secours du système nerveux et du cœur en détresse. J'administrai à l'intérieur noix vomique, alcool et acétate d'ammoniaque, et par voie hypodermique, de l'éther en injection. Je fis faire sur la peau des frictions excitantes avec de l'essence de térébenthine. Mettant à profit les recherches de Cufler sur la diminution de la capacité d'absorption du sang pour l'oxygène dans l'urémie, je fis pratiquer des inhalations d'oxygène plus spécialement indiquées dans cette forme d'urémie respiratoire. Le lendemain, les troubles paralytiques du pneumogastrique s'étant amendés, je donnai en sus de cette médication un purgatif drastique à haute dose ; puis je provoquai la diurèse par le café vert et le lait.

Voici comment je formulerais les règles du traitement dans la néphrite varioleuse.

Tout d'abord, comme régime : régime lacté exclusif durant toute la maladie.

La *période aiguë* est, comme je l'ai dit, celle qui présente les indications les plus spéciales. Je les résume en trois : 1° favoriser la décharge microbienne ; 2° prévenir et combattre la congestion et l'inflammation des reins consécutives à la décharge ; 3° prévenir et combattre les accidents urémiques, conséquences des deux éléments successifs du processus local.

1° Pour remplir la première indication, relever la pression

sanguine me paraît le moyen le plus efficace. Dans les cas urgents et graves, où le système nerveux et le cœur faiblissent, comme dans l'observation que je rappelai, les divers excitants, la noix vomique peut-être surtout, avec l'éther en injections, puis l'acétate d'ammoniaque et l'alcool, et les excitants cutanés pourront contribuer à sauver la partie. Dans les cas moins urgents les diurétiques suffisent à déblayer les reins ; parmi ceux-ci j'entends les agents qui provoquent la diurèse en relevant le tonus cardio-vasculaire. La caféine tient la tête peut-être. Je ne l'ai point employée ; mais le café vert en infusion m'a donné les résultats les plus satisfaisants en provoquant rapidement une diurèse très abondante et persistante. La digitale est à rejeter, ou du moins à n'essayer qu'avec de grands tâtonnements en face d'un rein qui élimine mal. Le convallaria n'a qu'une action trop infidèle pour être employé d'emblée ; il pourrait remplacer ultérieurement la caféine et en reposer.

Les auteurs recommandent, je le sais, en général, de ne point employer les diurétiques au début des néphrites aiguës. Ce précepte, absolument à suivre dans les néphrites où l'inflammation est l'acte initial du processus local, me paraît susceptible d'accommodement pour les néphrites infectieuses où l'inflammation est consécutive à l'invasion microbienne. La loi thérapeutique de la *suppression de la cause* me semble devoir tout primer : l'expulsion du dedans au dehors doit remplacer ici l'ouverture ab extrâ pratiquée sur les abcès cutanés. D'ailleurs, les agents thérapeutiques qui produisent la diurèse par irritation des éléments du rein sont absolument à rejeter. Les seuls qui remplissent l'indication sont ceux cités plus haut, qui agissent en élevant la pression sanguine. Il en résultera peut-être quelque trauma vasculaire rénal avec hématurie, qui, je crois, n'aura pas de grands inconvénients ; et je dirais, si j'osais, au contraire.

La théorie de la néphrite infectieuse sera peut-être encore discutée ; l'utilité du balayage rénal, que j'en ai déduite, sera peut-être aussi critiquée. Guidé par la théorie, et arrivé à cette formule thérapeutique, je m'en suis bien trouvé. La conclusion pratique, au moins, il me semble, doit être maintenue.

2° Prévenir et combattre la congestion et l'inflammation du rein : telle est la seconde indication que j'ai formulée.

Les considérations précédentes témoignent que je ne crains pas une certaine congestion thérapeutique active, pouvant même aller jusqu'à l'hémorrhagie, émonctoire peut-être utile. Mais la congestion morbide, la congestion passive avec stase consécutive à la décharge microbienne et l'inflammation du rein doivent être combattues. La saignée générale me paraît dangereuse à la fin de la maladie si grave que vient de faire le varioleux. Quelques sangsues sur la région lombaire seraient plus utiles, mais encore faudrait-il éviter une trop grande perte de sang. Les révulsifs me paraissent surtout indiqués. Le vésicatoire cantharidien doit être naturellement rejeté. Même au vésicatoire ammoniacal, je préfère, sous forme de rubéfactions, une révulsion moins profonde peut-être mais plus étendue. Comme agent de cette révulsion rubéfiante, je place au premier rang l'essence de térébenthine. Je fais faire deux, trois, quatre fois par jour, et pendant dix minutes ou un quart d'heure, des frictions modérées sur la région lombaire d'abord, puis sur la plus grande étendue possible de la surface cutanée.

Cette révulsion cutanée générale a plusieurs avantages. Hypérémiant la peau, elle décongestionne les organes internes ; elle favorise le fonctionnement de la peau, si compromis par le fait de la variole. Ce fonctionnement, qui présente certaines analogies avec celui du rein, on aurait tout avantage à le rendre non pas seulement complémentaire, mais en partie au moins supplémentaire de celui du rein. Enfin, cette excitation cutanée périphérique se réfléchit heureusement sur les centres

nerveux, si asthénisés quelquefois, comme nous l'avons dit, et auxquels elle peut être aussi utile que les excitants médicamenteux internes.

Il semble que l'état de la peau chez les varioleux encore couverts de croûtes et l'œdème commençant doivent être des contre-indications à ces frictions. Mais, d'une part, la néphrite se produit souvent à une période assez avancée de la desquamation, et l'éruption, qui a pu être confluente à la face, est restée assez discrète sur le reste du corps. D'autre part, au moins dans les cas que j'ai observés, l'œdème de la néphrite débute par les membres inférieurs et laisse intacts, au moins pendant quelque temps, le tronc et les membres supérieurs. Aussi, faisais-je limiter les frictions à la région lombaire, au tronc, au thorax et aux membres supérieurs. D'ailleurs, cette médication peut être modifiée suivant les cas. Si les frictions ne sont pas possibles, de simples applications pourront être essayées. Des unes ou des autres, il pourra résulter un peu d'absorption de térébenthine par la peau. Je l'ai certainement constatée chez un de mes malades (obs. III), incomplètement desquamé, chez lequel, durant le traitement, l'urine offrit très nettement l'odeur de violette, et qui n'a, certes, éprouvé aucun effet fâcheux de l'action de la térébenthine sur le rein.

Lorsque je veux une action rubéfiante moins énergique, ou que l'état de la peau ne me permet pas l'emploi de la térébenthine, je la remplace par de l'alcool tenant en dissolution de l'essence de romarin.

3° Pour prévenir et combattre l'urémie, les moyens qui précèdent sont de fait les meilleurs, puisqu'ils s'adressent à la lésion qui la cause. Si la diurèse ne peut être facilement obtenue, il faudra dans les cas urgents s'adresser à l'intestin pour éliminer les produits toxiques, et les drastiques permettront d'attendre l'action plus lente des diurétiques.

D'ailleurs, le traitement de l'urémie n'a rien qui lui soit

spécial dans le cas particulier de néphrite varioleuse. Ses diverses formes fourniront des indications par elles-mêmes. Dans les cas d'urémie respiratoire, les inhalations d'oxygène paraissent théoriquement devoir être utiles.

De même dans sa *période d'état*, la néphrite infectieuse, varioleuse dans l'espèce, ne diffère plus des néphrites diffuses vulgaires par ses indications thérapeutiques. La diurèse sera entretenue par le régime lacté prescrit avec persistance. Comme médicament, on pourra s'adresser à quelqu'un des nombreux agents recommandés dans l'albuminurie. J'ai quelquefois préféré le tannin, à cause de la persistance du sang dans l'urine ; il est d'ailleurs utile comme diurétique. J'ai administré plus tard l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler, lorsque, tous symptômes sérieux passés, l'albumine paraissait prendre habitude de filtrer à travers le rein.

La *diarrhée* coïncide quelquefois avec l'albuminurie. Même lorsqu'elle persiste, elle ne doit point être énergiquement combattue, parce qu'elle peut servir d'émonctoire. Son intensité seule crée indication. Quelquefois elle paraît tenir à une difficulté de digestion du lait ; l'adjonction d'un peu de chaux la modérera. Si, très abondante, elle paraît de nature infectieuse, on devra recourir à la médication intestinale antiseptique ; j'ai employé avec quelque avantage l'eau sulfocarbonée. Si elle devenait inquiétante, le tannin, déjà utile contre la lésion du rein et l'albuminurie, aurait la préférence ; l'opium ne devrait lui être adjoint qu'à très minime dose.

CONCLUSIONS

1° La néphrite est une complication assez rare de la variole confluente ; son moment d'apparition a lieu entre le dix-huitième et le vingt-cinquième jour après le début de la maladie ;

2° La néphrite varioleuse rentre dans le cadre des néphrites infectieuses, c'est-à-dire des néphrites dans lesquelles l'agent infectieux pénètre dans la glande par les vaisseaux ;

3° Les lésions produites par cette décharge de bactéries dans le parenchyme rénal sont caractérisées par une congestion œdémateuse aiguë, avec hémorrhagies multiples ;

4° Le pronostic de la néphrite varioleuse est toujours grave, mais cette gravité varie avec les épidémies observées ;

5° La néphrite de la variole mérite d'être rapprochée de la néphrite de la scarlatine, non seulement par sa nature, mais aussi parce qu'elle est une complication également grave dans la convalescence de ces deux fièvres éruptives.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 27 février 1887.
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 février 1887.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bartels. — Les maladies des reins, avec préface et additions par R. Lépine. Paris 1884, p. 238 et suiv.

Barthélemy. — Recherches sur la variole. Th. Paris, 1881.

Bouchard. — Néphrites infectieuses. Rev. de médec., 1881, p. 671 et suiv.

Bourgin (P.). — Contribution à l'étude de l'albumine dans la variole. Th. Lyon, 1885.

Bourru. — De l'Albuminurie dans la variole. Th. Paris, 1874.

Bull. — Pragmentariske Studier over Bright'ske sygdomme, Sarlig over soulne glatte, ikke amyloïde nyer. (Contribution à l'étude des maladies de Bright, notamment des reins tuméfiés, lisses et non amyloïdes), par E. Bull. Nordiskt Medicintks. Arkiv. XIII, n° 11, 1881.

Cartaz. — De l'Albuminurie dans la variole. Lyon médical, 1871, n^{os} 17 et 18.

Cornil. — Journal des connaissances médicales, 1883, p. 115.

Couillault. — De l'Albuminurie dans la variole. Th. Paris, 1881.

Gaucher. — Pathogénie des néphrites infectieuses. Th. d'agrég., Paris, 1886.

Gemmell. — Albuminaria a sequala of Smallpox. (De l'Albuminurie consécutive à la variole). The Glascow medical journal, octobre 1874.

Gubler. — In Dictionn. encycl. Art. albuminurie.

Huchard. — Etudes sur les causes de la mort dans la variole. Th. Paris, 1872.

KANNENBERG. — Uber Nephritis bei acuten Infections Kraukheiten ; Zeitschrift für Klinische Medecin., von Frerichs und Leyden, 1880.

JACCOUD. — Des Conditions pathogéniques de l'albuminurie. Th. d'agrég., Paris, 1860.

— Cliniques de la Charité. (Mal de Bright.)

— In Dictionnaire, art. Albuminurie.

LABADIE-LAGRAVE. — Art. Rein, in Dictionn. médecine et chirurgie pratiques. (Néphrites infectieuses.)

LÉCORCHÉ. — Traité des maladies des reins, 1875.

LEUDET. — Hydropisie et accidents rénaux dans la convalescence de la variole. Congrès de Reims, 1880.

— Etudes cliniques des accidents de la convalescence de la variole pendant l'épidémie observée à Rouen en 1880. In Arch. gén. de médec., juin 1881.

QUINQUAUD. — Quelques réflexions sur une épidémie de variole observée à l'hôpital de la Pitié en 1870. In arch. gén. de médec., 1870.

RAYER. — Maladies des reins. Vol. II, 1840.

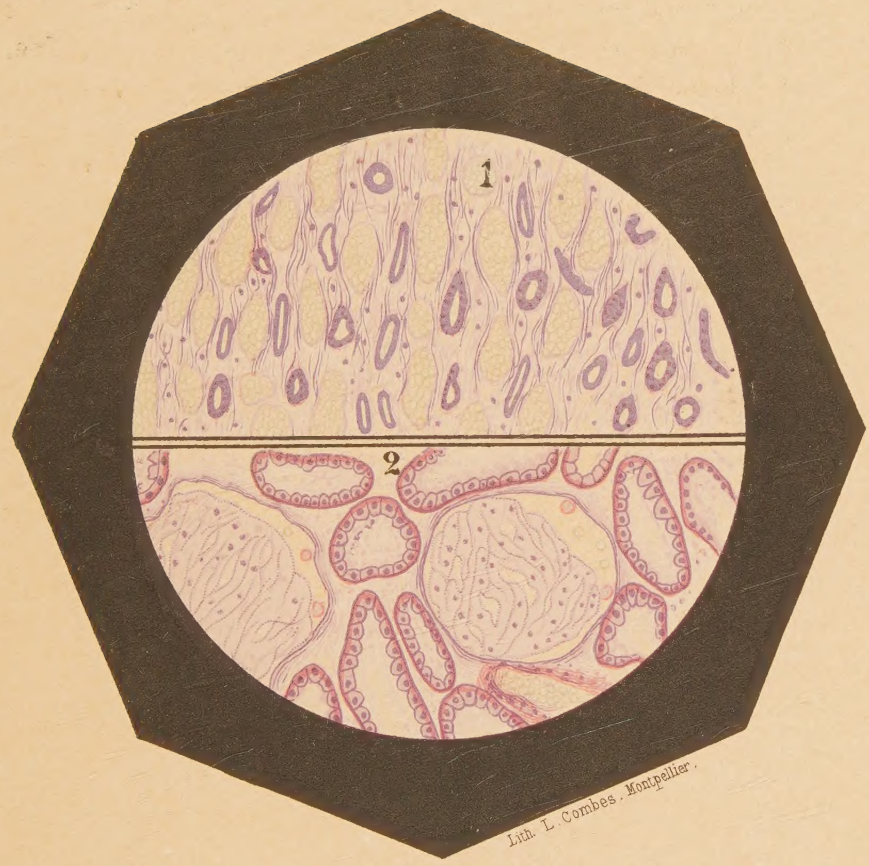
TROUSSEAU. — Cliniques médicales.

WEIGERT. — Anatomische Beitrage zur Lehre von Pocken, 1874-1875.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !



Lith. L. Combes, Montpellier.